

Paquete de información sobre la apelación y otras informaciones importantes para el consumidor Arizona

Paquete informativo del proceso de apelaciones de aseguradoras de atención médica Aetna Life Insurance Company

LEA ATENTAMENTE ESTE AVISO Y GUÁRDELO PARA CONSULTAS FUTURAS. CONTIENE INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE CÓMO APELAR LAS DECISIONES QUE TOMAMOS CON RESPECTO A SU COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA.

Cómo obtener información sobre el proceso de apelaciones de atención médica

Ayuda para presentar una apelación: Formularios estandarizados y asistencia al consumidor del Departamento de Seguros

Debemos enviarle una copia de este paquete informativo cuando primero reciba su póliza, y dentro de los 5 días hábiles posteriores a que recibamos su solicitud de apelación. Cuando se renueva su cobertura de seguro, también debemos enviarle una declaración por separado para recordarle que puede solicitar otra copia de este paquete. También le enviaremos una copia del paquete a usted o al prestador de servicios médicos que lo esté tratando en cualquier oportunidad que así se solicite. Para solicitar una copia, simplemente llame al número de Servicios al Miembro impreso en su tarjeta de identificación de miembro.

Al final de este paquete, encontrará formularios que puede usar para su apelación. El Departamento de Seguros de Arizona ("el Departamento") desarrolló estos formularios para ayudar a las personas que deseen presentar una apelación sobre su atención médica. Usted no está obligado a usarlos. No podemos rechazar su apelación si no los usa. Si necesita ayuda para presentar una apelación o tiene preguntas sobre el proceso de apelaciones, puede llamar a la Oficina de Asistencia al Consumidor del Departamento, al 1-602-912-8444 ó 1-800-325-2548, o puede llamarnos al número de Servicios al Miembro impreso en su tarjeta de identificación de miembro.

Cómo saber cuándo se puede apelar

Cuando no autorizamos o aprobamos un servicio o pago por un reclamo, debemos avisarle sobre su derecho de apelar tal decisión. Dicho aviso puede llegarle directamente de nosotros o a través del prestador de servicios médicos que lo esté tratando.

Decisiones que se pueden apelar

Se pueden apelar las siguientes decisiones:

1. No aprobamos un servicio que usted o el prestador de servicios médicos que lo está tratando han solicitado.
2. No pagamos por un servicio que ya ha recibido.
3. No autorizamos un servicio o pago por un reclamo porque afirmamos que no es "medicamente necesario".
4. No autorizamos un servicio o pago por un reclamo porque afirmamos que no está cubierto por su póliza de seguro y usted cree que está cubierto.
5. No le avisamos dentro de los 10 días hábiles posteriores a recibir su solicitud ya sea que autorizaremos o no un servicio solicitado.
6. No autorizamos una referencia médica a un especialista.

Decisiones que no se pueden apelar

No se pueden apelar las siguientes decisiones:

1. Está en desacuerdo con nuestra decisión con respecto al importe de "cargos razonables". Cuando corresponda, un cargo razonable es por un beneficio cubierto que

Queremos que usted sepa.SM



nosotros determinamos que es el nivel de cargo prevaeciente realizado por el servicio o suministro en el área geográfica donde se presta. Podemos tener en cuenta factores tales como la complejidad, el grado de habilidad necesario, el tipo o especialidad del prestador de servicios médicos, la variedad de servicios que presta un centro médico y el cargo prevaeciente en otras áreas para determinar el cargo usual, de costumbre y razonable por un servicio o suministro que es inusual o no se suministra a menudo en el área o es suministrado sólo por pocos prestadores del área.

2. Usted está en desacuerdo con la forma en que coordinamos los beneficios cuando tiene seguro médica con más de una aseguradora.
3. Usted está en desacuerdo con la forma en que aplicamos sus reclamos o servicios al deducible de su plan.
4. Usted está en desacuerdo con el importe de coseguro o copagos que abonó.
5. Usted está en desacuerdo con nuestra decisión de emitirle o no una póliza.
6. Usted no está satisfecho con algún aumento de tarifa que reciba bajo de su póliza de seguro.
7. Cree que hemos violado alguna otra sección del Código de Seguros de Arizona.

Si no está de acuerdo con una decisión que no se pueda apelar de acuerdo a esta lista, igualmente puede presentarnos una queja llamando al número de Servicios al Miembro impreso en su tarjeta de identificación de miembro. Además, puede presentar dichas quejas ante el Departamento de Seguro de Arizona a:

**Arizona Department of Insurance
Consumer Affairs Division
2910 N. 44th Street, Second Floor
Phoenix, AZ 85018
Teléfono: 1-(602) 255-4421**

Descripción del proceso de apelaciones

I. Niveles de revisión

Ofrecemos apelaciones aceleradas así como estándares para los residentes de Arizona. Las apelaciones aceleradas son para servicios necesarios con urgencia que usted aún no haya recibido. Las apelaciones estándares son para pedidos de servicios no urgentes y reclamos denegados para servicios ya proporcionados. Para ambos tipos de apelaciones se sigue un proceso similar, excepto por el hecho de que procesamos las apelaciones aceleradas en un plazo menor debido a la condición del paciente.

Cada tipo de apelación tiene tres niveles:

Apelaciones aceleradas

(Para servicios necesarios con urgencia aún no recibidos)

Nivel 1. - Revisión médica acelerada

Nivel 2. - Apelación acelerada

Nivel 3. - Revisión médica independiente externa acelerada

Apelaciones estándares

(Para servicios no urgentes o reclamos denegados)

Nivel 1. - Reconsideración informal

Nivel 2. - Apelación formal

Nivel 3. - Revisión médica independiente externa

Hacemos las decisiones de la apelación en Nivel 1 y Nivel 2.

Un revisor externo, completamente independiente de nuestra compañía, toma las decisiones relacionadas con apelaciones del Nivel 3. Usted no es responsable por el pago de los costos del revisor externo, si usted elige apelar en el Nivel 3. A seguir, encontrará detalles sobre estos tres niveles de apelación.

Proceso de apelaciones para servicios necesarios con urgencia, aún no proporcionados

Revisión médica acelerada (Nivel 1)

Su solicitud: Usted puede obtener una revisión médica acelerada a su solicitud denegada por un servicio que todavía no se ha prestado si:

- Usted cuenta con cobertura con nosotros;
- Hemos denegado su solicitud de un servicio cubierto; y
- El prestador de servicios médicos que lo trata certifica por escrito y proporciona documentación de apoyo sobre el hecho de que el tiempo requerido para procesar su solicitud a través del proceso de reconsideración informal y apelación formal (alrededor de 60 días) puede causar un cambio negativo significativo en su condición médica. (Al final de este paquete, encontrará un formulario que puede usar para esta finalidad. Su prestador de servicios médicos también puede enviar una carta o un formulario propio con información similar). El prestador de servicios médicos que lo trata debe enviar la certificación y la documentación a:

Nombre: Aetna Life Insurance Company
Attn: Medical Resolution Team

Dirección: P.O. Box 14596
Lexington, KY 40512

Teléfono: 800-305-7342
Fax: 818-932-6566

Nuestra decisión: Tenemos 1 día hábil después de recibir la información del prestador de servicios médicos que lo trata para decidir si debemos cambiar nuestra decisión y autorizar el servicio que usted ha solicitado. En el mismo día hábil, debemos llamar e informarle de nuestra decisión a usted y al prestador de servicios médicos que lo trata. Enviaremos nuestra decisión por escrito, tanto a usted como al prestador de servicios médicos que lo trata. La decisión por escrito debe explicar los motivos de nuestra decisión e indicarle los documentos sobre los que hemos basado nuestra decisión.

Si denegamos su solicitud: Usted puede apelar inmediatamente en el Nivel 2.

Si aprobamos su solicitud: Autorizaremos el servicio y el proceso de apelación habrá finalizado.

Si referimos su caso al Nivel 3: Podemos resolver saltar el proceso de apelaciones aceleradas del Nivel 1 y el Nivel 2 y enviar su caso directamente a un revisor independiente del Nivel 3.

Apelación acelerada (Nivel 2)

Su solicitud: Si denegamos su solicitud en el Nivel 1, la revisión médica acelerada, usted podrá solicitar una apelación acelerada. Después de recibir nuestra denegación del Nivel 1, el prestador de servicios médicos que lo trata debe, **de inmediato**, enviarnos una solicitud por escrito (a la misma persona y dirección que se mencionan arriba bajo Nivel 1) para avisarnos que usted está apelando en el Nivel 2, Apelación Acelerada. Como ayuda en su apelación, su prestador de servicios médicos también debe enviarnos toda información adicional que aún no nos haya sido enviada y que indique por qué usted necesita el servicio solicitado.

Nuestra decisión: Tenemos 3 días hábiles después de recibir la solicitud para tomar nuestra decisión.

Si denegamos su solicitud: Usted podrá apelar de inmediato en el Nivel 3, revisión médica independiente externa y acelerada.

Si aprobamos su solicitud: Autorizaremos el servicio y el proceso de apelación habrá finalizado.

Si delegamos su caso al Nivel 3: Podemos resolver saltar el proceso de apelaciones aceleradas del Nivel 2 y enviar su caso directamente a un revisor independiente del Nivel 3.

Revisión médica independiente, externa y acelerada (Nivel 3)

Su solicitud: Usted puede apelar en el Nivel 3 únicamente después de haber apelado en los Niveles 1 y 2 del proceso de apelaciones aceleradas. Usted tiene sólo 5 días hábiles después de haber recibido nuestra decisión de apelación acelerada del Nivel 2 para enviarnos su solicitud por escrito de una revisión acelerada interna e independiente. Envíe su solicitud y toda información de respaldo a:

Nombre: Aetna Life Insurance Company
Attn: Medical Resolution Team
Dirección: P.O. Box 14596
Lexington, KY 40512
Teléfono: 800-305-7342
Fax: 818-932-6566

Ni usted, ni el prestador de servicios médicos que lo trata, es responsable por el costo de cualquier revisión externa independiente.

El proceso: Existen dos tipos de apelaciones del Nivel 3, dependiendo de los problemas de su caso:

(1) Necesidad médica

Estos son casos en los que hemos decidido no autorizar un servicio porque opinamos que los servicios que usted (o el prestador de servicios médicos que lo trata) pide no son médicamente necesarios para el tratamiento de su problema. En casos de necesidad médica, el revisor independiente es un prestador de servicios médicos contratado por una organización de revisión independiente externa ("IRO" - Independent Review Organization), que es solicitado por el Departamento de Seguros de Arizona y no tiene conexiones con nuestra compañía. El prestador de servicios médicos de la IRO debe ser un prestador de servicios médicos que habitualmente maneje la condición que está bajo revisión.

(2) Cobertura por contrato

Estos son casos en los que hemos denegado la cobertura por opinar que el servicio solicitado no está cubierto bajo su póliza de seguro. En los casos de cobertura por contrato, el revisor independiente es el Departamento de Seguros de Arizona.

Casos de necesidad médica

En el plazo de 1 día hábil de haber recibido su solicitud, debemos:

1. Enviar un acuso de recibo por escrito de la solicitud al Director de Seguros, usted y el prestador de servicios médicos que lo trata.
2. Enviar al Director de Seguros: La solicitud de revisión; su póliza, la evidencia de cobertura o documento similar; todos los registros médicos y documentación de respaldo usados para rendir nuestra decisión; un resumen de los problemas aplicables, incluyendo una declaración de nuestra decisión; los criterios utilizados y los motivos clínicos de nuestra decisión, y las partes relevantes de nuestras pautas de revisión de utilización. También debemos incluir el nombre y las credenciales del prestador de servicios médicos que revisó y mantuvo la denegación en los primeros niveles de la apelación.

Dentro de los 2 días hábiles de haber recibido nuestra información, el Director de Seguros debe enviar toda la información presentada a una organización de revisión independiente externa (la "IRO").

Dentro de los 5 días hábiles de haber recibido la información, la IRO debe tomar una decisión y enviarla al Director de Seguros.

Dentro del primer día hábil posterior a la recepción de la decisión de la IRO, el Director de Seguros debe enviar, por correo, un aviso de la decisión a usted, el prestador de servicios médicos que lo trata y a nosotros.

La decisión (necesidad médica): Si la IRO decide que debemos proporcionar el servicio, somos obligados a autorizar el servicio. Si la IRO está de acuerdo con nuestra decisión de denegar el servicio, la apelación habrá finalizado. La única opción que le queda es presentar su reclamo al Tribunal Superior.

Casos de cobertura por contrato

En el plazo de 1 día hábil de recibir su solicitud, debemos:

1. Enviar un acuso de recibo por escrito de su solicitud al Director de Seguros, usted y el prestador de servicios médicos que lo trata.
2. Enviar al Director de Seguros: La solicitud de revisión; su póliza, la evidencia de cobertura o documento similar; todos los registros médicos y documentación de respaldo usados para rendir nuestra decisión; un resumen de los problemas aplicables, incluyendo una declaración de nuestra decisión; los criterios utilizados y los motivos clínicos de nuestra decisión, y las partes relevantes de nuestras pautas de revisión de utilización.

Dentro de los 2 días hábiles de haber recibido esta información, el Director de Seguros debe determinar si el servicio o reclamo está cubierto, emitir una decisión y enviar un aviso a usted, el prestador de servicios médicos que lo trata y a nosotros.

Delegación a la IRO para casos de cobertura por contrato:

El Director de Seguros a veces no puede tomar determinaciones en cuestiones referidos a la cobertura. Si esto ocurre, el Director de Seguros delegará su caso a una IRO. La IRO tendrá 5 días hábiles para tomar una decisión y enviarla al Director de Seguros. El Director de Seguros tendrá 1 día hábil de haber recibido la decisión de la IRO para enviar la decisión a usted, el prestador de servicios médicos que lo trata, y a nosotros.

La decisión (cobertura por contrato): Si usted no está de acuerdo con la decisión final del Director de Seguros con respecto a un problema de cobertura de contrato, puede solicitar una audiencia ante la Oficina de audiencias administrativas ("OAH" - Office of Administrative Hearings). Si nosotros no estamos de acuerdo con la decisión final del Director, también podemos solicitar una audiencia ante la OAH. Las audiencias deben solicitarse dentro de los 30 días de haber recibido la decisión del Director. La OAH debe concertar de inmediato y realizar una audiencia en las apelaciones a decisiones aceleradas del Nivel 3.

Proceso de apelaciones estándares para servicios no urgentes y reclamos denegados

Reconsideración informal (Nivel 1)

Su solicitud: Usted puede obtener la reconsideración informal de su solicitud denegada por un servicio o de un reclamo de servicios denegado, aunque el servicio ya haya sido proporcionado, si:

- Usted cuenta con cobertura con nosotros;
- Denegamos su solicitud de un servicio cubierto o denegamos su reclamo de servicios ya prestados,
- Usted no es elegible para la apelación acelerada, y
- Usted o el prestador de servicios médicos que lo trata pide reconsideración informal dentro de los 2 años de la fecha en que se le denegó inicialmente el servicio solicitado o el reclamo, llamando, escribiendo o enviando su solicitud por fax a:

Nombre: Aetna Life Insurance Company
Attn: Medical Resolution Team
Dirección: P.O. Box 14596
Lexington, KY 40512
Teléfono: 800-305-7342
Fax: 818-932-6566

Nuestro acuse de recibo: Tenemos 5 días hábiles después de haber recibido su solicitud de reconsideración informal ("la fecha de recepción") para enviar a usted y al prestador de servicios médicos que lo trata, un aviso confirmando que hemos recibido su solicitud.

Nuestra decisión: Tenemos 30 días a partir de la fecha de recepción para decidir si debemos cambiar nuestra decisión y autorizar el servicio que haya solicitado o pagar su reclamo. Dentro de los mismos 30 días, debemos enviar nuestra decisión, por escrito, a usted y al prestador de servicios médicos que lo trata. La decisión por escrito debe explicar los motivos de nuestra decisión e indicarle los documentos sobre los que hemos basado nuestra decisión.

Si denegamos su solicitud: Usted tiene 60 días para apelar en el Nivel 2 de apelación formal.

Si aprobamos su solicitud: La decisión autorizará el servicio o pagará el reclamo y el proceso de apelación habrá finalizado.

Si referimos su caso al Nivel 3: Podemos resolver saltar el proceso de apelaciones aceleradas del Nivel 1 y el Nivel 2 y enviar su caso directamente a un revisor independiente del Nivel 3.

Apelación formal (Nivel 2)

Su solicitud: Usted puede solicitar una apelación formal si nosotros hemos denegado su solicitud o reclamo en el Nivel 1. Después de haber recibido nuestra denegación de reconsideración informal del Nivel 1, usted o el prestador de servicios médicos que lo trata, debe enviarnos una solicitud, por escrito, dentro de los 60 días para avisarnos que usted está apelando en el Nivel 2, apelación formal. Para ayudarnos a tomar una decisión con respecto a su apelación, usted o su prestador de servicios médicos, también debe enviarnos cualquier información adicional (que ya no nos haya enviado), demostrando por qué debemos autorizar el servicio solicitado o pagar el reclamo. Envíe su solicitud de apelación e información a:

Nombre: Aetna Life Insurance Company
Attn: Medical Resolution Team
Dirección: P.O. Box 14596
Lexington, KY 40512
Teléfono: 800-305-7342
Fax: 818-932-6566

Nuestro acuse de recibo: Tenemos 5 días hábiles después de haber recibido su solicitud de apelación formal ("la fecha de recepción") para enviar a usted y al prestador de servicios médicos que lo trata, un aviso confirmando que hemos recibido su solicitud.

Nuestra decisión: En el caso de un servicio denegado que usted aún no ha recibido, tenemos 30 días a partir de la fecha de recepción para decidir si debemos cambiar nuestra decisión y autorizar el servicio que usted ha solicitado. Para reclamos denegados, si bien tenemos hasta 60 días para decidir si debemos cambiar nuestra decisión y pagar su reclamo, tratamos de decidir sobre estos asuntos dentro de los 30 días. Enviaremos nuestra decisión, por escrito, a usted y al prestador de servicios médicos que lo trata. La decisión por escrito debe explicar los motivos de nuestra decisión e indicarle los documentos sobre los que hemos basado nuestra decisión.

Si denegamos su solicitud o reclamo: Usted tiene 30 días para apelar en el Nivel 3 de revisión médica independiente externa.

Si aprobamos su solicitud: Autorizaremos el servicio o pagaremos el reclamo y el proceso de apelación habrá finalizado.

Si referimos su caso al Nivel 3: Podemos resolver saltar el proceso de apelaciones formales aceleradas del Nivel 2 y enviar su caso directamente a un revisor independiente del Nivel 3.

Revisión médica independiente externa (Nivel 3)

Su solicitud: Usted puede apelar en el Nivel 3 únicamente después de haber apelado en los Niveles 1 y 2 del proceso de apelaciones estándares. Usted tiene 30 días después de haber recibido nuestra decisión de apelación acelerada del Nivel 2 para enviarnos su solicitud, por escrito, de una revisión externa independiente. Envíe su solicitud y toda información de respaldo a:

Nombre: Aetna Life Insurance Company
Attn: Medical Resolution Team
Dirección: P.O. Box 14596
Lexington, KY 40512
Teléfono: 800-305-7342
Fax: 818-932-6566

Ni usted, ni el prestador de servicios médicos que lo trata, es responsable por el costo de cualquier revisión externa independiente.

El proceso: Existen dos tipos de apelaciones del Nivel 3, dependiendo de los problemas de su caso:

(1) Necesidad médica

Esots son casos en los que hemos decidido no autorizar un servicio porque opinamos que los servicios que usted (o el prestador de servicios médicos que lo trata) pide no son médicamente necesarios para el tratamiento de su problema. En casos de necesidad médica, el revisor independiente es un prestador de servicios médicos contratado por una organización de revisión independiente externa ("IRO" - Independent Review Organization), que es solicitado por el Departamento de Seguros de Arizona y no tiene conexiones con Aetna. En los casos de necesidad médica, el prestador de servicios médicos de la IRO debe ser un prestador de servicios médicos que habitualmente maneje la condición que está bajo revisión.

(2) Cobertura por contrato

Estos son casos en los que hemos denegado la cobertura por opinar que el servicio solicitado no está cubierto bajo su póliza de seguro. En los casos de cobertura por contrato, el revisor independiente es el Departamento de Seguros de Arizona.

Casos de necesidad médica

En el plazo de 5 días hábiles de haber recibido su solicitud, debemos:

1. Enviar un acuse de recibo por escrito de la solicitud al Director de Seguros, usted y el prestador de servicios médicos que lo trata.

2. Enviar al Director de Seguros: La solicitud de revisión; su póliza, la evidencia de cobertura o documento similar; todos los registros médicos y documentación de respaldo usados para rendir nuestra decisión; un resumen de los problemas aplicables, incluyendo una declaración de nuestra decisión; los criterios utilizados y los motivos clínicos de nuestra decisión, y las partes relevantes de nuestras pautas de revisión de utilización. También debemos incluir el nombre y las credenciales del prestador de servicios médicos que revisó y mantuvo la denegación en los primeros niveles de la apelación.

Dentro de los 5 días hábiles de haber recibido nuestra información, el Director de Seguros debe enviar toda la información presentada a una organización de revisión independiente externa (la "IRO").

Dentro de los 21 días hábiles de haber recibido la información, la IRO debe tomar una decisión y enviarla al Director de Seguros.

Dentro de los 5 días hábiles de haber recibido la decisión de la IRO, el Director de Seguros debe enviar por correo un aviso de la decisión a usted, el prestador de servicios médicos que lo trata y a nosotros.

La decisión (necesidad médica): Si la IRO decide que debemos proporcionar el servicio o pagar el reclamo, estamos obligados a autorizar el servicio o pagar el reclamo. Si la IRO está de acuerdo con nuestra decisión de denegar el servicio o el pago, la apelación habrá finalizado. La única opción que le queda es presentar su reclamo al Tribunal Superior.

Casos de cobertura por contrato

En el plazo de 5 días hábiles de haber recibido su solicitud, debemos:

1. Enviar un acuso de recibo por escrito de su solicitud al Director de Seguros, usted y el prestador de servicios médicos que lo trata.
2. Enviar al Director de Seguros: La solicitud de revisión; su póliza, la evidencia de cobertura o documento similar; todos los registros médicos y documentación de respaldo usados para rendir nuestra decisión; un resumen de los problemas aplicables, incluyendo una declaración de nuestra decisión; los criterios utilizados y los motivos clínicos de nuestra decisión, y las partes relevantes de nuestras pautas de revisión de utilización.

Dentro de los 15 días hábiles de haber recibido esta información, el Director de Seguros debe determinar si el servicio o reclamo está cubierto, emitir una decisión y enviar un aviso a usted, el prestador de servicios médicos que lo trata y a nosotros. Si el Director decide que debemos proporcionar el servicio o pagar el reclamo, debemos hacerlo.

Delegación a la IRO para casos de cobertura por contrato:

El Director de Seguros a veces no puede tomar determinaciones en cuestiones referidos a la cobertura. Si esto ocurre, el Director de Seguros delegará su caso a una IRO. La IRO tendrá 21 días para tomar una decisión y enviarla al Director de Seguros. El Director de Seguros tendrá 5 días hábiles de haber recibido la decisión de la IRO para enviar la decisión a usted, el prestador de servicios médicos que lo trata, y a nosotros.

La decisión (cobertura por contrato): Si usted no está de acuerdo con la decisión final del Director de Seguros con respecto a un problema de cobertura de contrato, puede solicitar una audiencia ante la Oficina de audiencias administrativas ("OAH" - Office of Administrative Hearings). Si nosotros no estamos de acuerdo con la decisión final del Director, también podemos solicitar una audiencia ante la OAH. Las audiencias deben solicitarse dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la determinación del problema de cobertura. OAH tiene reglas que rigen la conducción de sus procedimientos de audiencias.

II. Obtención de registros médicos

La ley de Arizona (A.R.S. §12-2293) permite que usted pida una copia de sus registros médicos. Su solicitud debe ser por escrito y debe especificar quién usted desea que reciba los registros. El prestador de servicios médicos que tenga sus registros entregará una copia de sus registros a usted o a la persona que usted haya indicado.

Tomador de decisiones designado: Si usted tiene un tomador de decisiones de atención médica designado, esa persona debe enviar una solicitud por escrita para tener acceso a sus registros médicos o a copias de los mismos. Los registros médicos deben ser entregados a su tomador de decisiones sobre sus atenciones médicas o una persona que su tomador de decisiones médicas haya designado, por escrito, a no ser que usted limite el acceso de sus registros médicos únicamente a usted o a su tomador de decisiones médicas.

Confidencialidad: Los registros médicos divulgados bajo A.R.S. §12-2293 permanecen confidenciales. Si usted participa en el proceso de apelaciones, las partes relevantes de sus registros médicos podrán ser reveladas solamente a personas autorizadas a participar en el proceso de revisión para la condición médica bajo revisión. Dichas personas no podrán divulgar su información médica a otras personas.

III. Documentación para una apelación

Si usted decide presentar una apelación, debe entregarnos toda justificación material o documentación para la apelación en el momento de presentar la apelación. Si obtiene información nueva en el curso de su apelación, usted debe entregárnosla apenas la obtenga. Usted también debe proporcionarnos su dirección y número de teléfono de contacto. Si la apelación ya se encuentra en el Nivel 3, usted también debe enviar la información al Departamento.

IV. Funciones del Director de Seguros

La ley de Arizona (A.R.S. §20-2533(F)) requiere que "todo miembro que presente una queja ante el Departamento, asociada con una decisión adversa, siga el proceso de revisión prescrito" por ley. Significa que, para decisiones que pueden ser apeladas, usted debe seguir el proceso de apelaciones relacionadas con el cuidado de la salud, antes de que el Director de Seguros pueda investigar una queja que usted pudiera tener contra nuestra compañía, con base en la decisión en cuestión en la apelación.

El proceso de apelación requiere que el Director:

1. Supervise el proceso de apelación.
2. Guarde copias de cada plan de utilización de revisión presentado por aseguradoras.
3. Reciba, procese y actúe sobre solicitudes de una aseguradora de revisión médica independiente externa.
4. Haga cumplir las decisiones de las aseguradoras.
5. Revise las decisiones de las aseguradoras.
6. Informe ante la Legislatura.
7. Envíe, cuando sea necesario, un registro de los procedimientos de una apelación al Tribunal Superior o a la Oficina de audiencias administrativas (OAH).
8. Emita una decisión administrativa final sobre los asuntos de cobertura, incluyendo el aviso del derecho de solicitar una audiencia en la OAH.

V. Recepción de documentos

Todo aviso escrito, aviso de recibo, solicitud, decisión u otro documento escrito cuyo envío por correo sea requerido, se considerará recibido por la persona a quien esté correctamente dirigido el quinto día hábil posterior a su envío. "Correctamente dirigido" significa su última dirección conocida.

Queremos que usted sepa.™



Presente el formulario completado a:

Aetna Life Insurance Company
Medical Resolution Team
P.O. Box 14596
Lexington, KY 40512
Fax: 818-932-6566

Formulario de solicitud de apelación de atención médica

Puede usar este formulario para indicar a su aseguradora que desea apelar una decisión negativa.

Nombre del miembro asegurado _____ N° de ID del miembro _____

Nombre del representante que busca apelar, si es distinto al anterior _____

Dirección postal _____ Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Tipo de negativa: Reclamo negado por servicio ya prestado Servicio negado aún no recibido

Nombre de la aseguradora que negó el reclamo/servicio: _____

Si apela la decisión de su aseguradora de negarle un servicio que aún no recibió, ¿Puede una demora de 30 a 60 días en recibir el servicio producir un cambio negativo significativo en su salud? Si contesta "Sí", puede tener derecho a una apelación acelerada. El prestador que lo trata debe firmar y enviar una certificación y documentación que apoye la necesidad de una apelación acelerada.

¿Qué decisión está apelando?

(Explique qué desea que autorice o pague su aseguradora.)

Explique por qué cree que el reclamo o servicio debe ser cubierto:

(Adjunte hojas adicionales, si fuera necesario.)

Si tiene preguntas sobre el proceso de apelación o necesita ayuda para preparar su apelación, puede llamar al Departamento de Asistencia al Consumidor de Seguros, al número 1-602-912-8444 ó 1-800-325-2548
También puede llamar, sin cargo, al número de Servicios al Miembro de Aetna impreso en su tarjeta de identificación.

Adjunte todo lo que muestre por qué cree que su aseguradora debe cubrir su reclamo o autorizar un servicio, incluyendo:

- Registros médicos
- Documentación de apoyo (carta de su médico, folletos, notas, recetas, etc.)
- Adjunte la certificación del prestador de servicios médicos que lo trata si solicita una revisión acelerada.

Firma del asegurado o el representante autorizado

Fecha

Queremos que usted sepa.™



Presente el formulario completado a:

Aetna Life Insurance Company
Medical Resolution Team
P.O. Box 14596
Lexington, KY 40512
Fax: 818-932-6566

Formulario de certificación del prestador de servicios médicos para revisiones médicas aceleradas

(Usted y su prestador de servicios médicos pueden usar este formulario para solicitar una apelación acelerada.)

Un paciente a quien se le niega autorización para un servicio cubierto tiene derecho a una apelación acelerada si el prestador de servicios médicos que lo trata lo certifica y suministra documentación que apoye que el lapso de espera para un proceso de apelación estándar (alrededor de 60 días) “probablemente cause un cambio negativo significativo en la condición médica en cuestión del paciente”.

INFORMACIÓN SOBRE EL PRESTADOR DE SERVICIOS MÉDICOS

Médico/Prestador de servicios médicos tratante _____
Teléfono _____ FAX _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Nombre del paciente _____ N° de identificación del miembro _____
Teléfono _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

INFORMACIÓN SOBRE LA ASEGURADORA

Nombre de la aseguradora _____
Teléfono _____ FAX _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

- ¿La apelación es por un servicio que el paciente ya recibió? Sí No
Si contestó “Sí”, el paciente debe seguir el proceso de apelaciones estándar y no puede usar el proceso de apelaciones aceleradas.
Si contestó “No”, continúe con este formulario.
- ¿La negativa de qué servicio apela el paciente? _____

- Explique por qué cree que el paciente necesita el servicio solicitado y por qué el tiempo necesario para un proceso de apelación estándar le sería perjudicial al paciente. _____

Adjunte hojas adicionales, si fuera necesario, e incluya: • Registros médicos • Documentación de apoyo
Si tiene preguntas sobre el proceso de apelaciones o necesita ayuda con respecto a esta certificación, puede llamar al Departamento de Asistencia al Consumidor de Seguros, al número 1-602-912-8444 ó 1-800-325-2548. También puede llamar a Servicios al Miembro de Aetna Life Insurance Company, al número en la tarjeta de identificación del miembro.

Certifico, como prestador de servicios médicos tratante del paciente, que la demora en la atención del paciente durante el tiempo necesario para los procesos de reconsideración informal y de apelación formal (alrededor de 60 días) probablemente producirían un cambio negativo significativo en la condición médica en cuestión del paciente.

Firma del prestador de servicios médicos _____ **Fecha** _____

Información Importante Para Pequeñas y Grandes Empresas

Aetna Life Insurance Company (Aetna)

Por favor, lea este aviso con mucha atención. Contiene información importante que usted debe conocer antes de inscribirse.

Esta información es apenas un resumen.

Se debe consultar la política, certificado o evidencia de cobertura de Aetna para determinar las disposiciones contractuales vigentes.

A. Lista de Médicos de Familia de Aetna

Vea el Listado adjunto con la lista de médicos de familia (PCP). El Listado indica el diploma del médico, la especialidad de su práctica y el año en que fue habilitado para practicar en Arizona.

B. Prima

El costo de la prima mensual total aparece en el formulario de primas adjunto.

El costo de la prima mensual total del plan es:

Sólo el empleado	\$ _____
Empleado y cónyuge	\$ _____
Empleado e hijos	\$ _____
Familia	\$ _____

La parte de la prima que usted paga dependerá del valor del aporte de su empleador.

Aetna se reserva el derecho a cambiar las tarifas de las primas en la fecha de aniversario del plan, así como requerir cambios en los niveles de aporte del empleador o participación para cumplir con las exigencias de emisión publicadas. Aetna también se reserva el derecho de cambiar los valores de las primas antes de la fecha del aniversario del plan, si cambiaran significativamente la cantidad de miembros inscritos, los niveles de contribución del empleador y/o los niveles de participación durante el período de la póliza a partir de la vigencia de estas tarifas. Aetna proporcionará aviso previo mínimo de 60 días para cualquier cambio de valor de prima.

Tarifación y factores pertinentes

Las tarifas médicas iniciales cotizadas para su empresa están sujetas a ajuste al comienzo de cualquier período de tarificación subsiguiente, de acuerdo con las tarifas actuales en ese momento para empresas de tamaño y características demográficas similares que hayan comprado beneficios similares. Las características demográficas de una empresa incluyen edad, sexo, ramo y tamaño de la empresa. Pueden no incluir experiencia con reclamos, estado de salud o duración de cobertura.

Las tarifas para su empresa podrán ser ajustadas al comienzo de cualquier período de tarificación con base en la experiencia con reclamos, estado de salud o duración desde emisión de su empresa. El ajuste efectivo será determinado comparando la experiencia con reclamos de su empresa con la experiencia con reclamos de otras empresas de tamaño y características demográficas similares.

La información anterior está sujeta a cambios con base en cambios futuros a la ley de seguros de su estado u otras exigencias reglamentarias, así como en cambios futuros en prácticas de clasificación. Todo cambio de este tipo será comunicado a su empresa.

Aporte y participación

Exigencias de aporte: En las pequeñas empresas, el empleador debe aportar un mínimo del 50% de la tarifa del empleado solo. En grandes empresas, el empleador debe aportar un mínimo del 50% de la tarifa total del plan o el 75% de la tarifa del empleado solo.

Exigencias de participación: Menos de 4 empleados elegibles requiere un mínimo del 100% de participación, excluyendo renuncias válidas a beneficios. 4 empleados elegibles o más requiere un mínimo del 75% de participación, excluyendo renuncias válidas a beneficios.

C. Cómo y Cuándo Obtener Servicios

Traditional Choice® es un plan médico de tarifa-por-servicio de indemnización que le da la libertad de elegir a cualquier médico u hospital habilitado cuando necesite tratamiento médico para servicios cubiertos. No se exige que usted elija un médico de familia (PCP) para obtener beneficios y son necesarias las referencias médicas. Ciertos gastos, entre otros, atención hospitalaria con internación que no sea de emergencia, requieren precertificación. Se precertifica llamando a Aetna. Dejar de precertificar puede causar una reducción significativa de los beneficios.

Open Choice® es un plan de proveedores preferidos. Usted puede visitar directamente a un proveedor habilitado para servicios cubiertos, incluyendo especialistas. No se requieren referencias médicas.

- Si usted elige un proveedor de nuestra red de médicos y hospitales participantes (preferidos), sus costos de bolsillo serán más bajos.
- Si usted elige un médico u hospital fuera de la red, sus costos de bolsillo serán más altos, excepto para tratamiento de emergencia.

Managed Choice® POS es un plan de punto-de-servicio. Usted puede elegir obtener acceso a beneficios de dos maneras distintas:

- Usted puede minimizar sus costos de bolsillo visitando al médico de familia (PCP) que haya elegido y obteniendo referencias médicas, siempre que sea necesario, de su médico de familia.
- Usted también tiene la opción de obtener acceso a cualquier proveedor habilitado (dentro o fuera de la red) sin referencia médica, para servicios cubiertos; sin embargo, sus costos de bolsillo serán más altos, excepto para tratamiento de emergencia y beneficios de acceso directo.

Aetna Open Access™ es un plan de punto-de-servicio. Usted puede obtener acceso a servicios cubiertos de tres maneras distintas cada vez que busque atención médica.

- Usted puede visitar al médico de familia (PCP) que haya seleccionado y pagar un copago más bajo, o
- Usted puede visitar directamente a cualquier médico de la red (preferido) y pagar un copago más alto, o
- Usted puede visitar directamente a cualquier médico habilitado que no sea de la red y tener costos de bolsillo más altos por pagar un valor de deducible y uno de coseguro (hasta un máximo).

La red de Aetna para los planes *Open Choice*, *Managed Choice* y *Open Access* incluye a proveedores en los siguientes condados: Apache, Cochise, Coconino, Gila, Graham, Maricopa, Mohave, Navajo, Pima, Pinal, Santa Cruz, Yavapai y Yuma.

D. Procedimientos de Autorización Previa y Referencia Médica

Papel que desempeñan los médicos de familia ("PCP")

Para ciertos planes, se exige o incentiva que usted elija un PCP que participe en la red. El PCP puede brindar atención primaria, así como coordinar su atención general. Usted debe consultar a su PCP cuando se encuentre enfermo o esté herido para que lo ayude a determinar el tipo de atención que necesita. Bajo el plan *Managed Choice*, su PCP debe emitir una referencia médica para ciertos servicios de especialista y centros de la red. Para ciertos servicios, se requiere que el PCP obtenga autorización previa de Aetna.

Política de referencias médicas

Si su plan requiere referencias médicas para obtener mayores beneficios, es importante que recuerde los siguientes puntos:

- La referencia médica es la forma en que su médico de familia (PCP) hace arreglos para que usted esté cubierto para la atención especializada y el tratamiento de seguimiento necesarios y adecuados.
- Usted debe conversar sobre la referencia médica con su PCP para entender cuáles son los servicios de especialista que recomienda y porqué.
- Si el especialista recomienda tratamientos o pruebas adicionales que sean servicios cubiertos, es posible que usted deba obtener otra referencia médica de su PCP antes de recibir los servicios. Si usted no obtiene otra referencia para dichos servicios, es posible que sea responsable por su pago.
- Excepto en el caso de emergencias, toda admisión en un hospital y cirugía ambulatoria requiere una referencia médica previa de su PCP y la autorización previa de Aetna.
- Si no se trata de una emergencia y usted va a un médico o centro de atención sin una referencia médica, el miembro deberá pagar la cuenta médica.
- Las referencias médicas son válidas por un período de 90 días mientras la persona permanezca como miembro elegible del plan.
- Bajo el plan *Managed Choice*, la cobertura de los servicios prestados por proveedores que no pertenecen a la red requieren autorización previa de Aetna, además de una referencia médica especial que emite el PCP. Cuando autorizados apropiadamente, dichos servicios están totalmente cubiertos, menos el copago correspondiente.

- La referencia médica establece que, con excepción del copago aplicable, el miembro no tendrá que pagar los costos de los servicios cubiertos, siempre que la persona sea miembro en el momento de la prestación de los servicios.

Si su plan no cubre de forma específica los beneficios fuera de la red (o no preferidos) y usted se dirige directamente a un especialista u hospital para recibir atención que no sea de emergencia o que no sea urgente sin una referencia médica, usted deberá pagar la cuenta, a menos que el servicio esté específicamente identificado como un beneficio de acceso directo en los documentos de su plan.

Programa de acceso directo al obstetra/ginecólogo

Los miembros de sexo femenino tienen acceso directo a los obstetras y ginecólogos de la red para los servicios de obstetricia y ginecología que estén cubiertos, sin la necesidad de referencias médicas. Este programa permite que los miembros de sexo femenino visiten a cualquier ginecólogo de la red para exámenes de rutina, incluyendo el Papanicolau, y para la atención de problemas ginecológicos. Los ginecólogos también podrán referir el miembro directamente a otros proveedores de la red para servicios ginecológicos cubiertos. Todas las exigencias de autorización previa y coordinación del plan médico se siguen aplicando.

Red de la salud del comportamiento

Ciertos servicios de la salud del comportamiento (por ejemplo, tratamiento o cuidado de enfermedades mentales, alcoholismo y/o abuso de sustancias tóxicas) son administrados por una organización contratada de manera independiente. Dicha organización determina la cobertura inicial y coordina las referencias médicas; todas las referencias médicas para el cuidado de la salud del comportamiento se harán normalmente a proveedores afiliados con la organización, a menos que sus necesidades de servicios cubiertos superen la capacidad de dichos proveedores.

Usted puede recibir información sobre la forma adecuada de acceder a los servicios del cuidado de la salud del comportamiento que estén cubiertos bajo su plan específico llamando al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación. Al igual que con otras determinaciones de cobertura, usted puede apelar las decisiones de cobertura para el cuidado de la salud del comportamiento de acuerdo con las disposiciones de su plan médico y las leyes estatales aplicables.

Precertificación y servicios necesarios

La precertificación es el proceso de recabar información de forma previa a una internación y a la realización de procedimientos y servicios ambulatorios específicos. El proceso permite la verificación de elegibilidad de antemano, determinación de la cobertura correspondiente y la comunicación con el médico y/o el miembro. También permite que Aetna coordine la transición del paciente internado al nivel siguiente de cuidado (planificación de alta), o que se lo inscriba en programas especializados como son el manejo de enfermedades, el manejo de casos o el programa prenatal. En determinados casos, se usa la precertificación para informar a médicos, miembros y otros proveedores sobre programas y terapias alternativas y tratamientos que son efectivos en función de los costos.

Ciertos servicios médicos, como la hospitalización o la cirugía ambulatoria, requieren la precertificación de Aetna para garantizar su cobertura. Cuando un miembro obtenga servicios de un proveedor de la red que requieran precertificación, dicho proveedor debe precertificar los servicios antes del tratamiento. Si su plan cubre beneficios fuera de la red y usted puede acudir a proveedores fuera de la red con una autorreferencia médica para servicios cubiertos, es su responsabilidad contactarse con Aetna para precertificar los servicios que lo requieran.

Usted debe obtener precertificación para determinados servicios de proveedores que no pertenecen a la red a fin de evitar la reducción de los beneficios pagos. Consulte los documentos de su plan para información específica. Sólo se cubren los servicios necesarios. Se considera que un servicio o suministro brindado por un proveedor específico es necesario si Aetna determina que es adecuado para el diagnóstico, cuidado o tratamiento de la enfermedad o lesión en cuestión.

Para que sea apropiado, el servicio o suministro debe:

- ser un cuidado o tratamiento, que tiene la misma posibilidad de producir un resultado significativamente positivo, y no tiene mayor probabilidad de producir un resultado negativo, que cualquier otro servicio o suministro alternativo, con respecto a la enfermedad o lesión en cuestión y al estado de salud general del miembro;
- ser un procedimiento de diagnóstico, indicado por el estado de salud del miembro y tener la misma posibilidad que cualquier otro servicio o suministro de producir información que podría afectar el curso de tratamiento, y no tener mayor probabilidad de producir un resultado negativo que cualquier otro servicio o suministro, en relación a la enfermedad o lesión en cuestión y al estado de salud general del miembro;

- en cuanto al diagnóstico, cuidado y tratamiento, no ser más caro (teniendo en cuenta todos los gastos médicos incurridos con relación al servicio o suministro) que cualquier otro servicio o suministro que cumpla con las evaluaciones antesmencionadas de igual forma.

Al determinar si un servicio o suministro es apropiado según las circunstancias, Aetna tendrá en cuenta la información proporcionada sobre el estado de salud de la persona afectada:

- los informes de las publicaciones de revisión por comités de expertos médicos;
- informes y directrices publicados por organizaciones de la salud que cuenten con reconocimiento nacional, y que se respalden con datos científicos;
- normas profesionales de seguridad y efectividad para el diagnóstico, cuidado o tratamiento con reconocimiento general en los Estados Unidos;
- la opinión de profesionales de la salud en la especialidad reconocida que se trate; y
- toda otra información relevante que se lleve a la atención de Aetna.

En ningún caso, se considerarán necesarios los siguientes servicios o suministros:

- aquellos que no requieran de la destreza técnica de un profesional médico, de la salud mental o dental; o
- aquellos provistos principalmente para la comodidad personal o conveniencia de la persona, la persona que la cuide, un familiar, o un proveedor o centro para el cuidado de la salud; o
- aquellos provistos únicamente porque la persona se encuentra internada en un momento en que la enfermedad o lesión podría haber sido diagnosticada o tratada de manera segura y adecuada sin internación; o
- aquellos provistos únicamente debido al lugar donde se trata, si el servicio o suministro podría haber sido provisto de manera segura y adecuada en el consultorio de un médico o dentista o en otro lugar menos costoso.

Para solicitar precertificación, usted debe llamar al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación. Dicha precertificación debe obtenerse antes de recibir el cuidado, o en el caso de una internación, procedimiento o tratamiento de emergencia, dentro de las 48 horas del inicio de la internación total o la realización del procedimiento o tratamiento, (72 horas si la internación, el procedimiento o el tratamiento se realiza un viernes o sábado), o con la mayor brevedad razonablemente posible.

Revisión de la utilización del plan por el miembro/Supervisión de pacientes

Aetna ha elaborado un programa de supervisión del paciente para asistir en la determinación de los servicios médicos que están cubiertos y son pagaderos bajo el plan médico y la extensión de su cobertura y pago. El programa asiste al miembro para que reciba los cuidados de la salud adecuados, maximizando su cobertura.

Solamente los directores médicos pueden tomar la decisión de negar cobertura para un servicio con el motivo de necesidad médica. Las cartas de negativa de cobertura para dichas decisiones deben especificar los criterios, normas y directrices con los que no se cumplió, y deben informar al prestador y al miembro sobre el proceso de apelación.

Cuando corresponda, nuestro personal de revisión de la utilización del plan por el miembro y de supervisión de pacientes, utiliza directrices y recursos de reconocimiento nacional, como las guías *Milliman Care Guidelines™* y criterios de *InterQual® ISD®*, como guía para los procesos de precertificación, revisión concurrente y revisión retrospectiva. Cuando ciertas funciones de revisión de la utilización y de supervisión de pacientes se delegan a sistemas de servicios médicos integrados, asociaciones de práctica independientes u otros grupos de proveedores ("delegados"), dichos delegados utilizan los criterios que consideren adecuados. Las políticas de revisión de la utilización del plan por el miembro y de supervisión de pacientes podrá modificarse para cumplir con la ley estatal aplicable.

Revisión concurrente

El proceso de revisión concurrente evalúa la necesidad de estadía prolongada, nivel y calidad de la atención para los miembros que reciban servicios de internación. Todos los servicios de internación en un establecimiento médico que tengan una duración superior al período inicial de certificación requerirán de una revisión concurrente.

Planificación del alta

La planificación de alta del hospital puede iniciarse en cualquier etapa del proceso de atención del paciente y empieza inmediatamente cuando se identifiquen durante la precertificación o revisión concurrente las necesidades que se producirán luego del alta. La planificación para el alta puede incluir el comienzo de una variedad de servicios y beneficios que utilizará el miembro después de su alta.

Revisión retrospectiva de los expedientes

El propósito de la revisión retrospectiva es la de analizar de forma retrospectiva los problemas que pudieran surgir con relación a la calidad y a la utilización del plan, iniciar la acción de seguimiento adecuada para los problemas que surgieron, y de revisar todas las apelaciones de decisiones de revisión concurrente de internación en un establecimiento médico para la cobertura y pago de los servicios de atención médica. El esfuerzo de Aetna en la administración de los servicios prestados a los miembros incluye la revisión retrospectiva de los reclamos de reembolso y de los registros médicos que se presentan por inquietudes relativas a la potencial calidad y utilización del plan.

Boletines de normativa clínica

Los boletines de la normativa de la cobertura de Aetna se utilizan como guía para determinar la cobertura de cuidados de la salud para nuestros miembros. Estos boletines contienen selectos temas clínicos que tratan especialmente de tecnologías nuevas, nuevos enfoques de tratamiento, y procedimientos y se basan en publicaciones médicas revisadas por comités de expertos, las recomendaciones de organizaciones médicas destacadas, y (cuando corresponda) las políticas de la normativa de la cobertura de *Medicare* de los *Centers for Medicare & Medicaid Services* (Centros para servicios de *Medicare* y *Medicaid*). Algunos de estos boletines están disponibles en línea en www.aetna.com. Ya que pueden ser muy técnicos y están diseñados para su utilización por nuestro equipo de profesionales para realizar determinaciones de cobertura, se recomienda que los miembros analicen con su médico los boletines que les interesen para lograr comprenderlos completamente. Los boletines de las políticas de la normativa de la cobertura no constituyen consejo médico y los prestadores que lo atienden son los únicos responsables por el consejo médico y tratamiento de los miembros. La cobertura queda determinada de forma concreta por Aetna caso por caso. Se utilizan estos boletines como herramienta y debe ser interpretado en conjunto con el plan de beneficios específico del miembro y después de consultar con el médico tratante. Los boletines de las políticas de la normativa de la cobertura están sujetos a cambios.

E. Atención Médica de Emergencia

Si usted necesita atención médica de emergencia, está cubierto las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en cualquier lugar del mundo. Una condición médica de emergencia es la que se manifiesta con síntomas agudos con una gravedad tal, que cualquiera persona prudente, con conocimientos generales de salud y de medicina, podría razonablemente suponer que la ausencia de atención médica inmediata pondría su salud en grave peligro, o en el caso de una mujer embarazada, su salud y la de su bebé.

Cuando crea que necesita atención médica de emergencia simplemente solicitamos que siga las directrices que se describen más abajo, ya sea que se encuentre dentro o fuera del área de servicio del HMO de Aetna

Llame al número de teléfono de emergencias local (por ejemplo, 911) o diríjase al centro de emergencias más cercano. Si la demora no perjudicara su salud, llame primero a su médico de familia (PCP). Luego de haber recibido tratamiento, notifique a su PCP lo antes posible.

Si se lo interna en un centro médico, usted o un familiar o amigo debe, en su nombre, notificar a su médico de familia o a Aetna dentro de las 48 horas del inicio de la internación total, (72 horas si la internación comienza un viernes o un sábado) o, dentro de lo razonable, lo antes posible.

F. Medicamentos Bajo Receta

Si su plan cubre los medicamentos bajo receta ambulatorios, es posible que su plan incluya un listado de medicamentos. Éste es una lista de medicamentos bajo receta que generalmente están cubiertos bajo sus beneficios, sujeto a las restricciones y condiciones aplicables. Los medicamentos que están en el listado están sujetos a cambios de acuerdo con la ley estatal aplicable. Para obtener información sobre cómo se revisan y seleccionan los medicamentos para el listado, por favor consulte la Guía del Listado de Medicamentos de Aetna. Se proveerá una copia impresa de la Guía del Listado, a pedido o según corresponda, de forma anual a los miembros actuales y en el momento de su inscripción a los miembros nuevos. Se pueden obtener copias adicionales llamando a Servicios al Miembro al número de teléfono sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación. Asimismo, se puede obtener información actualizada en la Guía del Listado que se encuentra en nuestro sitio de Internet en www.aetna.com. Muchos de los medicamentos que aparecen en el listado están sujetos a convenios de descuento del fabricante realizados entre Aetna y el fabricante de los medicamentos, para el beneficio de Aetna. Su beneficio de farmacia no se encuentra limitado a los medicamentos que figuran en el listado. Estos pueden estar cubiertos, sujeto a los límites y exclusiones indicados en los documentos de su plan. Los medicamentos bajo receta

cubiertos que no figuren en el listado pueden estar sujetos a copagos más altos en algunos planes médicos. Algunos planes de beneficios de farmacia pueden excluir de la cobertura ciertos medicamentos que no figuren en el listado. Si es médicamente necesario que un miembro inscrito en el plan utilice dichos medicamentos, su médico (o farmacéutico, en el caso de antibióticos y analgésicos) puede contactarse con Aetna para solicitar su cobertura en calidad de excepción médica. Es posible que deba pagar la diferencia entre un medicamento de marca que esté cubierto y su equivalente genérico además del copago, dependiendo del plan médico que haya elegido su empleador. Consulte los documentos de su plan para más detalles. Además, ciertos medicamentos pueden requerir precertificación o terapia escalonada en algunos planes de beneficios de medicamentos bajo receta. La terapia escalonada es una forma distinta de precertificación que requiere que se pruebe uno o más medicamentos de "terapia de requisito previo" antes de que se cubra un medicamento de "terapia escalonada". Si es médicamente necesario que un miembro utilice un medicamento sujeto a estas exigencias, el médico del miembro podrá solicitar la cobertura de dicho medicamento en calidad de excepción médica. Los miembros deben consultar al médico que los atiende para hablar sobre las dudas que tengan sobre medicamentos específicos. Consulte los documentos de su plan o contáctese con Servicios al Miembro para obtener información con relación a los términos y condiciones de cobertura.

Si usted utiliza el programa de pedido por correo de medicamentos bajo receta de *Aetna Rx Home Delivery, LLC* (Entrega a su hogar), usted adquirirá dichos medicamentos a través de un afiliado de Aetna Inc.

G. Procedimientos de Quejas

Presentar una queja o apelación

Aetna se empeña en resolver los problemas de cobertura, quejas e inquietudes que tengan sus miembros. Si usted tiene un problema de cobertura o cualquier otro problema, llame a Servicios al Miembro al número de teléfono de llamada sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación. Usted también puede contactarse con Servicios al Miembro por Internet en www.aetna.com. Si Servicios al Miembro no logra resolver su problema de forma satisfactoria, será derivado al departamento correspondiente para su resolución.

Si usted no está satisfecho con el resultado de su contacto inicial, puede presentar una apelación. Si usted no está satisfecho después de haber presentado una apelación formal, puede solicitar una apelación de la decisión a segundo nivel. Se tomará una decisión con relación a su apelación de acuerdo con los procedimientos aplicables a su plan y a las leyes estatales aplicables. Consulte los documentos de su plan para obtener más información sobre el procedimiento de apelación de su plan.

Revisión externa

Aetna ha desarrollado un proceso de revisión externa para brindarle al miembro la posibilidad adicional de solicitar una revisión externa de determinadas denegaciones de cobertura de forma objetiva y pronta. Una vez agotado el proceso interno de revisión de Aetna, los miembros elegibles podrán optar por la revisión externa de la decisión si la denegación de cobertura por la que el miembro sería responsable, supera los \$500 (o la suma en dólares aplicable especificada por su estado) y se basa en la ausencia de necesidad médica o en la naturaleza experimental o de investigación del servicio o tratamiento propuesto.

Una organización de revisión externa remitirá el caso para la revisión de un médico independiente con experiencia adecuada en el área en cuestión. Una vez presentada toda la información necesaria, en general, se decidirá la revisión externa dentro de los 30 días calendario de la solicitud. Existe un procedimiento de revisión acelerada cuando el médico del miembro certifique que una demora en la prestación del servicio perjudicaría la salud del miembro. Una vez finalizada la revisión, el plan cumplirá con la decisión del revisor externo.

Ciertos estados exigen la revisión externa de los problemas que tienen los miembros en relación a los beneficios o servicios adicionales; algunos podrán requerir el pago de una tasa de inicio de trámite. Además, determinados estados exigen el uso de su propio proceso de revisión externa para las decisiones relacionadas con la necesidad médica y la cobertura experimental o de investigación. Es posible que las exigencias estatales no se apliquen a los planes autofinanciados. Para información más detallada sobre el proceso de queja formal y revisión externa, llame a Servicios al Miembro al número de llamada sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación o visite nuestro sitio de Internet www.aetna.com, donde podrá obtener un formulario de solicitud de revisión externa. Usted también puede llamar al departamento estatal de seguros o de salud o, consultar su sitio de Internet para obtener más información con relación a los procedimientos de revisión externa exigida por el estado.

H. Requisitos y Remuneración del Abastecedor de la Compañía

Todos los médicos del listado son médicos de práctica independientes y no son empleados de Aetna ni tienen contrato exclusivo con Aetna. Los médicos que pertenecen a la red a través de un contrato directo con Aetna y/o su afiliación a un grupo u organización que tenga contrato con nosotros.

Se remunera a los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red de varias formas por los servicios que prestan bajo su plan:

- Por servicio o caso individual (tasa por servicio a las tarifas contratadas).
- Por día de hospital (tarifas contratadas por día).

Los proveedores participantes no necesitan cumplir con números específicos, promedios-objetivo o duraciones máximas de visitas de pacientes.

No existen incentivos de compensación del plan o penalidades que incentiven a los proveedores a negar servicios o minimizar o evitar referencias médicas a especialistas.

Lo incentivamos a que pregunte a su médico y a otros proveedores cómo son remunerados por sus servicios.

Pago de reclamos de proveedores que no pertenecen a la red y uso del "software" de reclamos de reembolso

Si su plan provee cobertura para los servicios de los proveedores que no pertenecen a la red, usted debe saber que Aetna determina la tarifa usual, de costumbre y razonable para un proveedor, con datos publicados que reflejen el valor usual que se paga a la mayoría de los proveedores por un servicio dado en dicha área geográfica. Si no hay datos disponibles en el mercado, es posible que se base la determinación en los datos propios de Aetna. También es posible que Aetna utilice programas de computación (incluyendo ClaimCheck) y otras herramientas para tener en cuenta factores tales como la complejidad, cantidad de tiempo y la manera de facturar. Usted podrá ser responsable por el pago de todo monto que Aetna determine que no está cubierto bajo su plan.

I. Descripción de Beneficios - Renovabilidad de la Cobertura

Los beneficios médicos y todo copago, coseguro o deducible de su plan están indicados en el formulario adjunto de Diseño del Plan y Beneficios.

El plazo inicial del plan es, generalmente, por un período de un año. Cada plazo subsiguiente será de un año, excepto si el plan cancela sus servicios, según disposición de la póliza de grupo. Aetna podrá cambiar las pólizas bajo el plan, a partir de cualquier fecha de renovación, con 30 días de aviso previo por escrito.

J. Limitaciones y Exclusiones Aplicables a los Servicios y Beneficios

Este plan no cubre todos sus gastos médicos e incluye exclusiones y limitaciones. Usted debe referirse a los documentos de su plan para determinar qué servicios médicos están cubiertos y hasta qué punto. Lo siguiente es una lista de los servicios y suministros que no son generalmente cubiertos.

- Todos los servicios médicos y hospitalarios no específicamente cubiertos, o limitados o excluidos en sus documentos del plan.
- Cargos relacionados con una cirugía de ojos, principalmente para corregir errores de refracción.
- Cirugía estética, queda incluida la reducción de senos.
- Cuidado de custodia.
- Atención dental y radiografías dentales.
- Obtención de óvulo de donante.
- Procedimientos experimentales y de investigación.
- Audífonos.
- Vacunas para viajes o trabajo.
- Servicios de esterilidad, incluyendo, entre otros, inseminación artificial y tecnologías reproductoras avanzadas, tales como IVF, ZIFT, GIFT, ICSI y otros servicios asociados, a menos que se indique específicamente su cobertura en los documentos del plan.
- Servicios o suministros no médicamente necesarios.
- Ortótica.
- Medicamentos y suministros de venta libre.
- Reversión de esterilización.
- Servicios para el tratamiento de disfunciones o problemas sexuales, queda incluida la terapia, suministros o consejo.
- Enfermería especializada.

K. Aviso Sobre la Privacidad

Aetna considera que la información personal es confidencial y cuenta con políticas y procedimientos para protegerlo contra el uso y la divulgación ilegal.

"Información personal" se refiere a la información del miembro relacionada con su salud o condición médica, física o mental; la prestación de atención médica y; el pago por dichas prestaciones. La información personal no incluye información pública o información disponible o proporcionada de manera resumida o acumulada y que no identifique al miembro.

Cuando es necesario o apropiado para el cuidado o tratamiento del miembro, la operación de nuestros planes médicos, o para llevar a cabo otras tareas pertinentes, usamos la información personal internamente, la compartimos con nuestras afiliadas y la revelamos a los proveedores (médicos, dentistas, farmacias, hospitales y otros proveedores médicos), pagadores (organizaciones de proveedores de salud, empleados que patrocinan planes médicos autofinanciados o que comparten la responsabilidad del pago de beneficios, y otros que puedan ser económicamente responsables por el pago de servicios o beneficios que usted reciba bajo el plan), otras aseguradoras, terceros administradores, proveedores de servicios e insumos, consultores, autoridades gubernamentales, y sus agentes respectivos. Dichas partes deben mantener la confidencialidad de la información personal, según lo disponga la ley aplicable. Se exige a los proveedores de la red que brinden acceso al miembro a sus registros médicos dentro de un plazo razonable a partir de su solicitud.

Algunas de las maneras en que se utiliza la información personal del miembro incluyen: el pago de reclamos de reembolso; revisión de la utilización y manejo del plan por el miembro; revisiones de necesidad médica; coordinación de atención y beneficios médicos; atención médica preventiva; detección temprana y manejo de casos y enfermedades; evaluación de calidad y actividades de mejora; actividades de auditoría y contra el fraude; medición del desempeño profesional y evaluación de resultados; análisis e informes de reclamos de reembolso de cuidado de la salud; investigación sobre servicios médicos; gestión de datos y sistemas de información; cumplimiento de exigencias legales y reguladoras; manejo del listado de medicamentos; procesos de litigación, transferencia de pólizas o contratos de y; a otras aseguradoras, HMOs y administradores externos; actividades de suscripción y actividades de diligencia

debida en conexión con la compra o venta de parte o todo nuestra empresa. Consideramos que estas actividades son claves para la operación de nuestros planes médicos.

Dentro de lo que permite la ley, utilizamos y divulgamos la información personal según se dispone más arriba sin el consentimiento del miembro. Sin embargo, reconocemos que muchos miembros no desean recibir materiales de "marketing" no solicitados que no tengan relación con sus beneficios médicos. No divulgamos la información personal para los fines de "marketing", sin el consentimiento del miembro. También contamos con políticas que tratan de circunstancias en las que los miembros no pueden dar su consentimiento.

Para obtener una copia de nuestro aviso sobre las prácticas de la privacidad donde se describen con más detalles nuestras prácticas relacionadas con el uso y la divulgación de la información personal, llame al número de Servicios al Miembro de Llamada sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación o visite nuestro sitio de Internet en www.aetna.com.

Aviso al miembro sobre la ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos*

Se proporciona la siguiente información con el fin de informar al miembro sobre determinadas disposiciones contenidas en el plan médico de empresa, y de los procedimientos pertinentes que el miembro puede utilizar de acuerdo con la Ley Federal.

Disposición de exclusión de condiciones preexistentes (solamente para los planes que contengan dicha disposición)

El objeto de este documento es el de notificar que puede corresponder un período de exclusión para condiciones preexistentes en su caso, si en el plan de empresa al que usted pertenece o que lo cubre se incluye dicha disposición y esta podría ser anulada si usted tiene cobertura comprobable previa.

Cobertura comprobable

La cobertura comprobable incluye toda cobertura bajo: un plan médico (incluyendo un plan del gobierno o de una iglesia), un seguro médicos (tanto en empresa o individual), *Medicare*, *Medicaid*, atención médica patrocinada por el ejército (*CHAMPUS*), programa del *Indian Health Service*, un pool de riesgo de beneficios médicos del Estado, FEHBP, un plan de salud pública según se define en los reglamentos, y cualquier otro plan de beneficios médicos bajo el artículo 5(c) de la Ley del *Peace Corps*. No se incluye como cobertura comprobable la cobertura que esté exenta de la ley (por ejemplo, cobertura únicamente dental o cobertura dental provista en un plan separado o, incluso, si un plan se encuentra en el mismo plan que la cobertura médica, y se lo elige por separado, resultando en una prima adicional).

Si usted contaba con **cobertura comprobable previa** dentro de los 90 días inmediatamente anteriores a la fecha en que se inscribió en este plan, entonces la exclusión de condiciones preexistentes de su plan, si la hubiera, será **anulada**. La determinación del período de 90 días no incluirá ningún tiempo de espera que le pueda ser impuesto por su empleador para que usted califique para recibir cobertura.

Si usted **no** contaba con **cobertura comprobable previa** dentro de los 90 días anteriores a su fecha de inscripción (ya sea porque usted no tenía cobertura previa o porque se produjo un lapso superior a los 90 días entre la fecha de terminación de su cobertura anterior y su fecha de inscripción), **se aplicará** la exclusión de condiciones preexistentes de su plan (hasta un período máximo de 12 meses).

Observación: Si la ley exige un período superior a los 90 días, éste período se utilizará para determinar la cobertura comprobable.

Si tiene dudas con relación a la determinación de aplicabilidad de la exclusión de condiciones preexistentes para su caso, llame al número de teléfono de Servicios al Miembro que aparece en su tarjeta de identificación.

Cómo presentar comprobación de su cobertura

En general, usted habrá recibido una **certificación de cobertura previa de plan médico de empresa** de su plan médico anterior como prueba de su cobertura anterior. Debe conservar dicha certificación hasta presentar un reclamo médico. Al recibir un reclamo por el tratamiento de una condición potencialmente preexistente, la oficina de reclamos solicitará su **certificación de cobertura previa de plan médico en empresa** que utilizará para determinar si usted cuenta con cobertura comprobable en ese momento.

Usted podrá solicitar una certificación de cobertura previa de plan médico en empresa al plan con el que tuvo cobertura dentro de los últimos dos años. Nuestro Centro de Servicios puede ayudarlo y adelantarle el tipo de información que deberá solicitar de su plan anterior.

* Si bien se cree que la información contenida en el presente aviso al miembro es precisa a la fecha de su publicación, está sujeta a cambios. Contáctese con el Departamento de Servicios al Miembro si tiene dudas.

El Centro de Servicios también puede solicitar información relativa a cualquier condición preexistente para la cual recibió tratamiento en el pasado e información adicional que les permita determinar si usted cuenta con cobertura comprobable.

Períodos de inscripción especiales

Por pérdida de cobertura

Si usted califica para recibir cobertura bajo el plan médico de su empleador pero no se inscribió por que contaba con otra cobertura y pierde esa cobertura, se le permitirá inscribirse en plan vigente durante los períodos de inscripción especiales luego de su período de elegibilidad, si se cumple con determinados requisitos. Estas reglas especiales de inscripción se aplican a los empleados y/o dependientes elegibles que no estén inscritos, bajo los términos del plan.

Un empleado o dependiente califica para inscribirse durante un período de inscripción especial si se cumple con cada uno de los siguientes requisitos:

- Cuando usted recusó la inscripción para usted o para sus dependientes e indicó por escrito que su motivo era contar con cobertura bajo otro plan médico u otro seguro médico, si su empleador solicitó dicha declaración por escrito y le avisó del requisito y de las consecuencias de no presentar dicha declaración; y
- Cuando usted recusó la inscripción para usted o para sus dependientes, usted o sus dependientes contaban con continuación de cobertura *COBRA* bajo otro plan y, desde entonces, dicha continuación de cobertura *COBRA* se ha agotado,

o

Si la otra cobertura con la que usted o sus dependientes contaban al recusar la inscripción no se hallaba bajo una disposición de continuación *COBRA*, la otra cobertura terminara como resultado de falta de elegibilidad o, el empleador dejara de efectuar los aportes para dicha cobertura. La pérdida de elegibilidad incluye la pérdida de cobertura como resultado de una separación legal, divorcio, muerte, pérdida del empleo o reducción del horario de trabajo.

Para ciertos beneficiarios dependientes

Si su plan médico de empresa ofrece cobertura para dependientes, éste debe ofrecer un período de inscripción especial para las personas que se conviertan en dependientes por casamiento, nacimiento, adopción o colocación para adopción. El período de inscripción especial para dependientes durará 31 días a partir de la fecha del casamiento, nacimiento, adopción o colocación para adopción. El dependiente podrá ser inscrito durante dicho período como dependiente del empleado. Si el empleado es elegible para inscribirse, pero no está inscrito, puede también inscribirse en este momento. En caso de nacimiento o adopción de un hijo(a), el cónyuge de la persona también puede también inscribirse como dependiente del empleado, si fuera elegible para cobertura y no estuviera inscrito. Si un empleado desea inscribir a un dependiente durante el período de inscripción especial, la cobertura tendría vigencia a partir de la fecha del nacimiento, adopción o colocación para adopción, o casamiento.

Reglas especiales para la inscripción

Para calificar para la inscripción especial, las personas que cumplan con los requisitos anteriores deben presentar una solicitud de inscripción firmada dentro de los 31 días del evento calificador que se mencionara más arriba. La fecha vigente de cobertura para las personas que hayan perdido la cobertura será la fecha del evento calificador. Si usted desea inscribir un dependiente durante el período de inscripción especial, la cobertura para su dependiente (y para usted, si también se inscribe) entrará en vigencia a partir de la fecha del evento calificador, (en el caso de casamiento, a partir de la fecha de inscripción), una vez que se haya recibido la solicitud completa de inscripción.

Desde el 1 de julio 2005, este apéndice reemplazará la notificación sobre la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos que aparece en otras partes de este documento de divulgación. Consulte su resumen de beneficios para obtener información sobre las exclusiones por condiciones preexistentes.

Se proporciona la siguiente información con el fin de informar al miembro sobre determinadas disposiciones contenidas en el plan médico de empresa, y sobre los procedimientos pertinentes que el miembro puede utilizar de acuerdo con la Ley Federal.

Derechos de inscripción especial

Si usted está rechazando su inscripción o la de sus dependientes (incluyendo a su cónyuge) debido a que tiene otra cobertura médica o de plan médico de grupo, es probable que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden el derecho a la otra cobertura (o si su empleador deja de contribuir con su cobertura o la cobertura de sus dependientes. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción en el plazo de 31 días posteriores al término de su cobertura o la de sus dependientes (o posteriores a la fecha en que su empleador deja de contribuir con la otra cobertura).

Asimismo, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación previa a la adopción, probablemente puedan inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, deben solicitar la inscripción en el plazo de 31 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación previa a la adopción.

Para solicitar inscripción especial u obtener más información, comuníquese con su administrador de beneficios.

Solicitud de certificado de cobertura comprobable

Los miembros de patrocinadores de plan asegurado y los miembros de patrocinadores de plan autoasegurados que acordaron la suministración de certificados de cobertura médica previa con nosotros, tienen la opción de solicitar un certificado. Esto se aplica a los miembros cuya relación laboral ha terminado y a los miembros *actualmente activos* que desean un certificado para verificar su estatus. Los miembros cuya relación laboral ha terminado pueden solicitar un certificado hasta 24 meses después de la fecha del término de su relación laboral. Los miembros activos pueden solicitar un certificado en cualquier momento. Para solicitar un certificado de cobertura médica previa, sírvase comunicarse con Servicios al Miembro al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación.

* Si bien se cree que la información contenida en el presente aviso al miembro es precisa a la fecha de su publicación, está sujeta a cambios. Contáctese con el Departamento de Servicios al Miembro si tiene dudas.

Aviso a los miembros

Si bien se cree que la presente información es exacta a la fecha de su impresión, está sujeta a cambios.

Este material tiene fines informativos únicamente y no es una oferta de cobertura ni recomendación médica. Sólo contiene una descripción parcial y general de los beneficios del plan o programa y no constituye un contrato. Aetna no provee servicios médicos y, por lo tanto, no puede garantizar resultados o consecuencias de los mismos. Consulte los documentos de su plan (Folleto, Folleto-Certificado, Póliza de Grupo) para determinar las disposiciones contractuales vigentes, incluyendo los procedimientos, exclusiones y limitaciones relacionados con el plan. La disponibilidad de un plan o programa puede variar por área de servicio geográfica. Algunos beneficios están sujetos a limitaciones o a máximos de visitas.

Con excepción de *Aetna Rx Home DeliverySM*, todos los médicos de la red, los hospitales y otros proveedores son contratistas independientes y no son agentes ni empleados de Aetna. Aetna Rx Home Delivery, LLC. es una subsidiaria de Aetna Inc. No se podrá garantizar la disponibilidad de un proveedor en particular y la composición de la red de proveedores está sujeta a cambios. Dichos cambios serán notificados de acuerdo con la ley estatal aplicable. Algunos proveedores de cuidados primarios están afiliados con los sistemas de servicios médicos integrados u otros grupos de proveedores (tales como asociaciones de práctica independiente y organizaciones de médicos y hospitales), y los miembros que eligen a estos proveedores generalmente serán referidos a especialistas y hospitales dentro de estos sistemas o grupos. Sin embargo, si un sistema o grupo no incluye un proveedor calificado para satisfacer sus necesidades médicas, el miembro puede solicitar que un proveedor fuera de la red o fuera del grupo le provea los servicios. La solicitud del miembro será revisada y requerirá la autorización previa del sistema o grupo y/o de Aetna para convertirse en un beneficio cubierto.

Aetna es la marca utilizada para productos y servicios provistos por una o más de las compañías subsidiarias del grupo de Aetna.

Los planes son provistos por Aetna Life Insurance Company.